

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

豊後大野市長

様

所在地

事業者名

印

代表者名

電話番号

担当者

就業証明書（移住応援給付金の申請用）

下記のとおり相違ないことを証明します。

記

勤務者氏名		
勤務者住所		
勤務者生年月日		
勤務する 医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
就業年月日	年 月 日	
職種 (該当するものに チェック)	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師	
雇用形態	・週20時間以上の無期雇用契約である ・転勤、出向、出張、研修等による勤務地の変更ではない。	
勤務者と代表者又は 取締役などの経営を 担う者との関係	3親等以内の親族に該当しない	

豊後大野市移住応援給付事業に関する事務のため、勤務者の勤務状況等の情報を、大分県及び豊後大野市の求めに応じて、同大分県及び豊後大野市に提供することについて、勤務者の同意を得ています。